



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch : eine Einzelfallstudie

Lindemann, Katrin ; Gülich, Elisabeth ; Schöndienst, Martin

DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110227673.2.135>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-150797>

Book Section

Originally published at:

Lindemann, Katrin; Gülich, Elisabeth; Schöndienst, Martin (2010). Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch : eine Einzelfallstudie. In: Dausendschön-Gay, Ulrich; Domke, Christine; Ohlhus, Sören. Wissen in (Inter-)Aktion : Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern. Berlin: Walter de Gruyter GmbH, 135-160.

DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110227673.2.135>



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch : eine Einzelfallstudie

Lindemann, Katrin; Gülich, Elisabeth; Schöndienst, Martin

DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110227673.2.135>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-150797>

Veröffentlichte Version

Originally published at:

Lindemann, Katrin; Gülich, Elisabeth; Schöndienst, Martin (2010). Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch : eine Einzelfallstudie. In: Dausendschön-Gay, Ulrich; Domke, Christine; Ohlhus, Sören. Wissen in (Inter-)Aktion : Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern. Berlin: Walter de Gruyter GmbH, 135-160.

DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110227673.2.135>

Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch

Eine Einzelfallstudie

Elisabeth Gülich, Katrin Lindemann, Martin Schöndienst

1 Forschungskontext und Problemstellung

Die vorliegende Fallstudie ist hervorgegangen aus einer Kooperationsgruppe am Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld, in der Gesprächsforscher aus Linguistik und Soziologie mit Neurologen, Psychiatern und Psychotherapeuten zusammengearbeitet haben. Das Thema lautete: *Kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst. Exemplarische Untersuchungen zur Bedeutung von Affekten bei Patienten mit Anfallskrankheiten und/ oder Angsterkrankungen (01.04.–30.09.2004)*¹.

Angststörungen gehören heutzutage zu den häufigsten psychischen Krankheiten überhaupt. In Deutschland erkranken im Laufe eines Jahres etwa 14% der Bevölkerung an einer Angststörung (vgl. Kordt 2005: 100f.); es wird zudem davon ausgegangen, dass es eine hohe Dunkelziffer gibt und die Tendenz steigend ist (ebd.: 53ff.).

Die Besonderheit des Forschungsansatzes der Kooperationsgruppe lag vor allem darin, dass sie ihre Aufmerksamkeit auf die sonst weitgehend vernachlässigten kommunikativen Formen und Verfahren gerichtet hat, mit deren Hilfe Patienten im Gespräch mit Ärzten oder Psychotherapeuten ihre Ängste darstellen. Die Entscheidung für diese Aufmerksamkeitsausrichtung und Vorgehensweise war durch die Annahme motiviert, dass die Gründe für die oft mangelhafte diagnostische Aufklärung und die unbefriedigende therapeutische Versorgung von Angsterkrankten nicht zuletzt auch in der Unkenntnis der Darstellungsformen der subjektiven Angstempfindungen zu suchen sind, da diese in der bisherigen Angstforschung ebenso wie in der

1 Wissenschaftliche Leitung: Jörg Bergmann, Elisabeth Gülich (beide Universität Bielefeld), Martin Schöndienst, Friedrich Wörmann (beide Ev. Krankenhaus Bielefeld: Epilepsie-Zentrum Bethel). Mitglieder der Kooperationsgruppe: Brigitte Boothe, Arnulf Deppermann, Martin Driessen, Maria Egbert, Stephanie Gerhards, Matthias Lindner, Harald Rau, Marlene Sator, Meike Schwabe, Jürgen Streeck, Ulrich Streeck. Der Abschlussbericht ist in den ZiF-Mitteilungen 3/2005 veröffentlicht. Weitere Fallstudien aus der Kooperationsgruppe: Egbert/Bergmann (2004), Gülich/Couper-Kuhlen (2007), vgl. auch Lindemann (2009).

Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen wenig beachtet werden.² Um diese Darstellungsformen einer genauen Analyse unterziehen zu können, wurde ein Corpus von zehn Gesprächen erstellt: Ärztinnen und Ärzte führten im Rahmen des Projekts ausführliche Interviews (45–60 Minuten) mit Patientinnen und Patienten, die sich entweder in einer psychiatrischen Klinik oder in einer Epilepsie-Klinik in stationärer Behandlung befanden und an verschiedenen Formen von Ängsten litten. Die höchst subjektiven Empfindungen und Wahrnehmungen der Angst konversationell darzustellen und zu bearbeiten, so dass sie zu einem intersubjektiv geteilten Wissen werden konnten (vgl. auch Koerfer et al. i. d. Bd.), erwies sich in diesen Gesprächen oft als eine schwierige Aufgabe für beide Gesprächspartner. Dieser Umstand wird in den hier bearbeiteten Gesprächen in besonderer Weise deutlich.³

Gegenstand der folgenden Fallstudie ist die Angstproblematik einer Patientin mit dem Pseudonym „Frau Korte“. Mit ihr wurden während eines stationären Aufenthalts im Epilepsie-Zentrum zwei Gespräche geführt, beide von derselben Gesprächspartnerin, einer Ärztin aus einer psychiatrischen Klinik. Es handelt sich um einen Erstkontakt zwischen Patientin und Ärztin, sie kannten einander vorher nicht. Da nach dem ersten Gespräch auf Seiten der Ärztin noch einige Fragen offen geblieben waren, wurde später noch ein zweites Gespräch mit Frau Korte geführt. Beide Gespräche sind in Form von Videoaufnahmen und Transkripten (GAT Basistranskripte, vgl. Selting et al. 1998) dokumentiert.

Die Gespräche wurden nach einem Leitfaden geführt, der den Patienten sehr viel Spielraum zur Darstellung ihrer eigenen Relevanzen lässt. Er sieht zu Beginn des Gesprächs eine offene Frage vor, die den Patienten eigene Schwerpunktsetzungen ermöglichen soll. Sofern im Laufe des Gesprächs die Rede nicht ohnehin auf Angst kommt, soll diese nach etwa 25–30 Minuten Gesprächsdauer erfragt werden. Das geschieht auch in den

-
- 2 Eine Ausnahme bildet die Untersuchung von Capps/Ochs (1995). – Die Arbeit der Kooperationsgruppe baute auf den Ergebnissen eines früheren medizinisch-linguistischen Kooperationsprojektes mit dem Epilepsie-Zentrum Bethel auf: *Linguistische Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen. Diagnostische und therapeutische Aspekte*. Das Projekt wurde von 1999–2001 von der DFG gefördert; in den Jahren davor und danach in geringerem Umfang aus Forschungsmitteln der Universität Bielefeld. In diesem Projekt wurde gezeigt, dass eine genaue Analyse des kommunikativen Geschehens zwischen Arzt und Patient, insbesondere aber die Analyse der von den Patienten gelieferten Anfallsbeschreibungen, für das Verständnis und die differenzialdiagnostische Beurteilung von epileptischen und anderen anfallsartigen Störungen von zentraler Bedeutung ist. Nähere Informationen: <http://www.uni-bielefeld.de/lili/forschung/projekte/archiv/epiling>.
 - 3 Eine stark verkürzte und komparativ angelegte Analyse der hier untersuchten Gespräche findet sich in Gülich/Knerich/Lindemann (2009).

von uns untersuchten Gesprächen. Auffällig ist hier vor allem im ersten der beiden Gespräche die besondere Schwierigkeit und Langwierigkeit des Prozesses der Angstthematisierung.

Für eine detaillierte Sequenzanalyse wurden drei Ausschnitte ausgewählt, zwei aus dem ersten und einer aus dem zweiten Gespräch. Im Fokus der Analyse steht eine Episode, die in allen drei Ausschnitten vorkommt und von den Gesprächspartnerinnen intensiv bearbeitet wird. Sie wird dadurch im Laufe der beiden Gespräche nicht nur immer wieder mit neuen Details angereichert, sondern sie wird auch immer wieder anders kontextualisiert und dadurch neu interpretiert (vgl. Günthner 2005). So entsteht nach und nach im Interaktionsprozess durch die Formulierungsarbeit beider Gesprächspartnerinnen ein zunehmend komplexes und facettenreiches Bild von der Angst der Patientin. Einzelheiten, die zunächst nicht beachtet wurden oder der Interviewerin unverständlich schienen, werden von den Gesprächsteilnehmerinnen schließlich als diagnostisch relevante Wisenselemente markiert. Diese Entwicklung soll im Folgenden nachgezeichnet werden. Die Ausschnitte werden in der Reihenfolge ihres Vorkommens wiedergegeben und analysiert.


2 Analyse von Gesprächsausschnitten

2.1 Erstes Gespräch

Die Interaktion beginnt mit dem Einstellen der Aufnahmegeräte und der Klärung organisatorischer Fragen.⁴ Danach stellt die Ärztin (I) sich vor und informiert die Patientin (K) über die vorgesehene Dauer des Gesprächs, die anschließende Rückkehr auf die Station und die geplante Auswertung. Nach dieser vorthematischen Sequenz eröffnet sie den thematischen Teil des Gesprächs mit einer Bemerkung zur Ablauforganisation:

4 Sämtliche Personen- und Ortsnamen sind anonymisiert worden (z.B. A-STADT, ARZT-1, SOHN-1). Das Einverständnis der Patientin zur Aufzeichnung und wissenschaftlichen Auswertung des Gesprächs ist zuvor eingeholt worden.

(Korte I, Z. 37–60)

37 I: .hhh und für das <<len> geSPRÄ:CH (.) bin ICH so eingeste:l:lt,=
 38 K: =m[hm\/
 39 I: [äh]m:>=h (--) <<all> dass=ich jetzt UNgefähr ne dreiviertel
 40 I: stunde> ZEIT hab[e? .hh]
 41 K: [<<p> m=HM,>]
 42 I: und dass ich im erstn: (.) t=teil ihnen <<all> gerne einfach> (.)
 43 mal ZUHören würde:-
 44 (.) was sie: (.)
 45 <<all> was ihnen WICHTig is,>=
 46 =<<all> oder was> sie auch <<dim> für erWARTungen an das gespräch
 47 I: [habm;>]
 48 K: [<<len> hm]hm\/
 49 (3.5)
 50 K: (ja) was:- (3.5)
 51 ((Schnalzlaut)) <<len> DA:S einfach is so (.) HARMlos ANgefangen,>
 52 I: m=[HM,]
 53 K: [.hh] (-) <<len> das heiß ich hatte dann::
 54 K: mh=bin ich UMgekippt,>
 55 <<len> und nich LANGE in ZEIT,>
 56 .hh <<len> un war=ich (.) IMmer (.) meistens STEIF,>
 57 (2.5) u:nd <<all> SO;> (.) <<all> komische´> (.)

 Geste: wie ein „Schwall“, vor der oberen Brust/Kinn
 58 K: <<len> als ob (wir) was SAGEN WOLte,>=
 59 =und GINGH nich;
 60 (2.0)

Durch die Vorstrukturierung des Gesprächs gibt die Interviewerin ihrer Gesprächspartnerin eine doppelte Aufgabe: Indem sie ihre eigene Rolle als die einer Zuhörerin definiert (43), fordert sie die Patientin auf, für längere Zeit den Turn zu übernehmen. Zugleich gibt sie ihr die Möglichkeit, eigene Relevanzsetzungen vorzunehmen („was ihnen WICHTig is“, 45). Frau Korte ratifiziert die Aufforderung zwar in terminaler Überlappung (48), kommt ihr aber nur zögernd nach: Sie beginnt mit einer Pause (49), setzt dann zu einer Äußerung an („(ja) was:-“, 50), bricht aber sogleich wieder ab. Nach einer erneuten Pause folgt, langsam und zögernd gesprochen, eine Äußerungseinheit, die einen Rahmen eröffnet: „<<len> DA:S einfach is so (.) HARMlos ANgefangen,>“ (51). Gleichzeitig mit der Ratifizierung durch die Interviewerin beginnt sie eine Reformulierung („das heiß“, 53). Auch hier spricht sie langsam und zögernd, beginnt eine syntaktische Struktur, bricht sie ab und wechselt dann die Konstruktion (54). Es folgt eine selbstinitiierte Konkretisierung und Detaillierung mit iterativer Rekonstruktion („IMmer (.)

meistens“) von sich wiederholenden Anfallsepisoden (54–59) (vgl. Gülich 2005; Lucius-Hoene/Deppermann 2002).

2.1.1 Narrative Rekonstruktion einer Anfallsepisode („Aus-dem-Haus-laufen“)

(Korte I, Z. 61-73)

```

61 K: <<len, ausatmend> u:nd=äh> <<len> da=war MEHR,>
62   (---) nachHER,
63   (-) (und) da:: (---)
64   <<all> i hab> den: glaub=ich schon=ge schon geSAGT,=
65   =dass ich hatten (2.5) auch so=was dass ich aus dem HAUS laufe;
66   (--)
67 K: i war schon: (.) i=der in der nacht bei BAUerHOF,
68   .hh das war (---) knapp (.) zwölf UHR,
69   (2.0) weil=ich=s a' (.) alleIne (war=i') in in der WOHNung,
70   mein sohn war in ausTRAlien,=
71   =da hat=er stuDIERT,
72   (-) .hh ((leicht seufzendes Ausatmen))
      \
      /
      I schaut von ihren Notizen hoch, zu K, zieht „erstaunt“ die
      #Augenbrauen hoch und nickt

73 K: (1.5) u:nd jetzt is=er DA/\

```

Mit der Äußerung „da=war MEHR,> (---) nachHER,“ (61f.) bezieht Frau Korte sich zurück auf die Rahmeneröffnung durch „DA:S einfach is so (.) HARMlos Angefangen“ (51) und kündigt eine Fortsetzung der Krankheitsgeschichte an; der Übergang von „HARMlos“ zu „MEHR“ deutet auf eine Verschlimmerung hin. Sie schließt mit einem typischem Erzählkonnektor „(und) da:“ an, bricht aber ab und schiebt eine Äußerungseinheit ein, mit der sie das Folgende als Reformulierung bzw. als bereits erzählte Episode präsentiert („<<all> i hab> den: glaub=ich schon=ge schon geSAGT“, 64). Sie setzt mit „dass ich hatten“ (65) zu einer narrativen Rekonstruktion an, deren iterativer Charakter durch „so=was“ und durch den Wechsel ins Präsens („dass ich aus dem HAUS laufe“) deutlich wird. Darauf folgt dann die Fokussierung einer singulären Episode durch temporale und lokale Situierung: „i war schon: (.) i=der in der nacht bei BAUerHOF, .hh das war (---) knapp (.) zwölf UHR,“. Daran schließt sie zunächst eine Begründung an (69), die das Hinlaufen zum Bauernhof als Suche nach Kontakt deutet, und schiebt dann eine kurze Nebensequenz mit einer Erklärung ein („mein sohn war in ausTRAlien“, 70), die sie mit veränderter Stimme und Sprechweise expandiert („jetzt is=er DA“). Damit wird ein scheinbar nebensächliches Detail relevant gesetzt, die Ab- bzw. Anwesenheit des Sohnes, bevor Frau Korte die Rekonstruktion der Episode nachts auf dem Bauernhof fortsetzt:

(Korte I, Z. 74–99)

74 K: (2.5) u::n:d=äh::m (.)
 75 JA;
 76 (1.5)
 77 K: hab=ich LICHT gesehn,=
 78 =hab=ich geSCHELLT,
 79 .hh dann: (2.0) ziemlich <<len> LA:Nge> (---) ziemlich lange hat
 80 das geDAUert,=
 81 =bis ich mi erinnert habe wo i WOHe,=
 82 =und wie=i HEIß.
 83 (3.0)
 84 I: ((Schnalzlaut)) <<all> da wo sie geSCHELLT ham;>=
 85 =<<dim> an dem bauernhof.>

 86 (-)
 \ /
 \
 K nickt

 87 I: <<p> m=HM,>
 88 (--)
 89 K: <<pp> JA;>
 90 (---)
 91 K: <<p> wusste i GAR nix;>
 92 (2.0)
 93 K: <<len> u::n:d=äh::m (3.0) ab und zu> passiert(e) mi AUCH,=
 94 =das:: äh DAS,=
 95 =<<len> dass ich mit jemanden: REde,> (1.5)
 96 un=kann ich mich !I::!berhaupt <<dim, knarrend> nich erINnern;>
 97 (.)
 98 K: <<p> NE,>
 99 I: m=HM,=

Der Ansatz zur Fortsetzung der narrativen Rekonstruktion ist zunächst wieder durch deutliche Verzögerungen gekennzeichnet („(2.5) u::n:d=äh::m (.) JA (1.5)“), wird dann aber flüssiger („hab ich LICHT gesehn“ usw., 77ff.). Nach der vorherigen summarischen Darstellung beginnt Frau Korte hier, schrittweise den Ereignisablauf zu rekonstruieren (Licht sehen, schellen), spart aber dann weitere Handlungsschritte aus und kommt gleich zum Fazit, d.h. dem Bericht über die Dauer ihres Zustands, den sie von seinem Ende her betrachtet. Dabei wird die Dauer durch Akzentuierung („ziemlich LA:Nge“) und Reformulierung („ziemlich lange“, 79) hervorgehoben.

Nach einer Pause stellt die Interviewerin eine Nachfrage, die Frau Korte non-vokal mit einem Nicken beantwortet (86). Diese Antwort wird von der Interviewerin ratifiziert (87), und Frau Korte bestätigt ihrerseits die Ratifizierung (89). Damit ist ein potenzieller Abschluss der Sequenz erreicht. Nach einer kurzen Stille, die die Interviewerin nicht zur Übernahme des Turns nutzt, reformuliert Frau Korte die Beschreibung ihres Zustands, indem sie diesmal nicht dessen Ende, sondern den Zustand selbst charakterisiert („wusste i GAR nix;“, 91). Dabei ist ein Wechsel der Stimmlage zu beobachten: Frau Korte spricht leise, die Äußerung klingt resigniert.

Von der Interviewerin erfolgt an dieser Stelle (92) keine Reaktion. Frau Korte setzt dann wiederum mit Verzögerungen („<<len> u::n:d=äh:m (3.0)“, 93) zur Rekonstruktion eines weiteren Ereignisses an, erneut in der iterativen Form („ab und zu> passiert(e) mi AUCH,“), gekennzeichnet durch einen Wechsel ins Präsens („dass ich mit jemanden: REde“, 95). Hier geht es darum, dass Frau Korte mitten im Gespräch andere Menschen einfach sitzen lässt (93–117, z.T. nicht zitiert). Es folgt ein weiteres Beispiel für eine Fehlleistung: der Abschluss einer Versicherung unter ihrem Mädchenamen und der Adresse, wo sie mit ihrem (verstorbenen) Mann gewohnt hatte (118–130, nicht zitiert).

Frau Korte kommt dann auf ihre biographische Situation zu sprechen, die Erziehung der Söhne, eine geschäftliche Katastrophe infolge eines Betrugs durch ihre Angestellte im Friseurgeschäft – dies ist eine auffallend lebhaft und geschlossene Erzählung (132–160, hier nicht zitiert) – und schließt den eröffneten Rahmen („DA:S einfach is so (.) HARMlos ANgefangen“, 51) mit „u:nd=äh (.) un=seitDEM (.) GEHT das den ganzen thea-ter; ne,“, 159–161).

Die Episode über das „Aus dem Haus Laufen“ ist lokal gerahmt durch die Äußerung über das Fortschreiten der Anfallserkrankung („da war mehr nachher“, 61–62), die einen Gegensatz zum „harmlosen“ Anfang bildet. Sie ist global eingebettet in eine Gesprächssequenz, die durch die offene Frage der Ärztin initiiert wird, durch die Frau Korte aufgefordert wird zu sagen, was ihr wichtig ist. Die anschließend angeführten Beispiele stellen die Episode rückwirkend in den Kontext von Fehlleistungen im Anfall.

Bei der Rekonstruktion der Episode wird besonders die Unmöglichkeit, sich zu erinnern (79–91), hervorgehoben, und zwar durch Rekurs auf verbale Formulierungsverfahren (Reformulierungen, vgl. Gülich 2002), durch stimmliche (Betonung) und durch mimische und gestische Ressourcen (Mundbewegung vor Beginn, Handgestik). Dabei ist zu beachten, dass Frau Korte im Allgemeinen sehr ruhig auf ihrem Stuhl sitzt. Die Unfähigkeit, sich zu erinnern, wird in der Rekonstruktion der darauf folgenden Episode (andere Personen im Gespräch einfach stehen lassen) ebenfalls auf der paraverbalen Ebene in sehr auffälliger Weise hervorgehoben: „un=kann ich mich !I::!berhaupt <<dim, knarrend> nich erINnern;>“ (96).

Im Zusammenhang mit Hervorhebungen sind auch das Blickverhalten und speziell die Blickrichtung interessant: In dieser ersten Phase des Gesprächs blickt Frau Korte häufig vor sich hin, in ihren Schoß, so dass sie selbst kaum Blickkontakt mit der Interviewerin aufnimmt, sondern die meiste Zeit links an dieser vorbei blickt. Umso mehr fällt auf, dass sie sie an bestimmten Stellen ansieht und dabei deutlich den Kopf hebt und zu ihr hinwendet. Diese Veränderung im Blickverhalten ist vor allem an zentralen

Punkten – im Zusammenhang mit Wortbetonungen – in der Episode der Fall (z.B. bei „dass ich aus dem HAUS laufe“, 65, und „zwölf UHR“, 68).

Die Episode vom „Aus dem Haus Laufen“ ist die erste episodische Rekonstruktion, die Frau Korte im Anschluss an den von der Interviewerin für sie eröffneten freien Erzählraum präsentiert, nachdem sie summarisch-iterativ das „Umkippen“ rekonstruiert hat („immer“, „meistens“, 56). Durch die Platzierung als erste episodische Rekonstruktion im Rahmen ihrer Darstellung verleiht Frau Korte den geschilderten Ereignissen auf der Ebene der thematischen Organisation des Gesprächs besonderes Gewicht. Dieser Hervorhebung steht zum einen die erkennbar reduzierte Art der Darstellung gegenüber, die nicht nur auf der Ebene der Erzählstruktur selbst zu beobachten ist, sondern auch in Hinblick auf Detailinformationen und Ausdrucksressourcen. Zum anderen fällt auf, dass sowohl Frau Korte selbst als auch die Interviewerin dieser Episode interaktiv eher geringe Bedeutung verleihen: Frau Korte geht nach der kurzen Rekonstruktion relativ schnell zum nächsten Thema (Fehlleistungen) über; die Interviewerin stellt nur eine kurze verständigungssichernde Nachfrage, markiert die Episode aber nicht als „weiter-erzählenswert“ oder als Gegenstand potentieller konversationeller Bearbeitung. Auch dass diese Episode als eine Erscheinungsform von Fehlleistungen im Anfall das Bild von der Erkrankung vervollständigen könnte, wird nicht explizit zum Ausdruck gebracht.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs beschreibt Frau Korte ihre Anfälle im Zusammenhang mit ihrer Lebensgeschichte und ihrer aktuellen Situation. Dabei erzählt sie eine Reihe vermutlich extrem belastender Erlebnisse: eine geschäftliche Katastrophe durch den Betrug einer Angestellten, den plötzlichen Tod ihres Ehemannes, den Tod eines ihrer Söhne sowie den langen Sterbeprozess ihres Vaters, den sie gepflegt hat. Emotionen werden in dieser Phase kaum ausdrücklich thematisiert, es ist auch nicht von Angst die Rede; das Wort „Angst“ wird nur an zwei Stellen mit Verweis auf andere Personen erwähnt: Frau Korte erzählt, dass sie gefragt worden sei, ob sie keine Angst habe in Bezug auf die Angestellte in ihrem Friseurgeschäft (die sie dann tatsächlich betrogen hat); weiterhin spricht sie davon, dass ihre Mutter Angst habe, dass die Tochter sie nicht besuchen kommt. Diese Angst der Mutter wird in einer kurzen Gesprächssequenz interaktiv bearbeitet.

Nach etwa 30 Minuten ist ein Einschnitt im Gespräch festzustellen: Frau Korte hat zuletzt von ihren Kopfschmerzen gesprochen und beendet dieses Thema, indem sie ausdrücklich feststellt, seit längerer Zeit keine Kopfschmerzen mehr gehabt zu haben. Nach einer Pause von 3.4 Sekunden, in der die Interviewerin in ihren Aufzeichnungen blättert (804ff.), leitet diese mit der Frage nach der Rolle von Ängsten im Leben von Frau Korte sowohl thematisch als auch gesprächsorganisatorisch eine neue Phase ein:

Während vorher Frau Korte größtenteils selbstinitiiert erzählt hat, stellt jetzt die Interviewerin Fragen.

2.1.2 Beginn der Angstthematisierung

Mit der Frage der Ärztin beginnt ein langer Prozess der Angstthematisierung, der an dieser Stelle nicht vollständig nachgezeichnet werden kann. Wir werden daher nur den Beginn dieses Prozesses genauer analysieren, um dann unsere Aufmerksamkeit wiederum auf eine episodische Rekonstruktion zu richten.

(Korte I, Z. 804–841)

Transkriptausschnitt 2.1	Kommentar
I: ich möchte sie gerne noch fragen ob äh:m (-) ob bei ihnen auch †ÄNGste <<dim> ne rolle spielen;>	Interviewfrage nach Ängsten, first pair-part
(---)	Pause von Frau Korte, Zugzwang ist aktiv
K: <<f, all> WAS?>	unspezifische Reparaturinitiierung
I: ob bei ihnen auch ANGST ne rolle spielt;	Reparatur in Form einer 1. Reformulierung der Frage, Zugzwang wird erneuert
(1.4)	Pause von Frau Korte, Zugzwang ist aktiv
K: A:NG:S:T;	fragende Wiederaufnahme, Zugzwang wird verstärkt
(-)	Stille
I: <<p> ob sie auch mit ANGST zu tun haben;>	2. Reformulierung der Frage, Zugzwang wird verstärkt
(2.5)	Pause von Frau Korte, Zugzwang ist aktiv
K: <<p> mh::> (7.5) <<p> ANG:-> (1.6) <<pp> GLAUB=ich nich;>	(leise, mit Verzögerungen) Wiederaufnahme des erfragten Begriffs, gefolgt von verneinender Antwort; dispräferierter second pair-part
I: <<p> glauben sie NICH;> hh (-) es gibt ja so=ne ganz normAle angst, die JE[der viel]leicht hat,	Reformulierung der Antwort durch I Präsequenz ⁵ zu einer elaborierten Nachfrage zu „normaler“ Angst
K: [mh/\]	Ratifizierung
I: was weiß ich nich an[gst im ST]Raßen[verke]:hr,	Auflistung von Beispielen: Straßenverkehr
K: [MHM\ /] [MHM\ /]	Ratifizierungen

5 Vgl. Schegloff 1980.

I:	[JA:,]=	Verständigungssicherung
K:	[MHM\ /]=	Bestätigung
I:	=oder (---) angst bei geWITter?	Fortsetzung der Auflistung von Beispielen: Gewitter
K:	m= [HM,]	Ratifizierung
I:	[J]A?	Verständigungssicherung
I:	.hh ähm (.) aber es gibt ja auch manchmal menschen die ham so=ne ganz speZIELle angst;	Unterscheidung der „normalen“ von „spezieller“ Angst
	(-)	Stille
I:	ja,=die vielleicht auch mit andern beschwerden zu !TUN! hat;	neue Kontextualisierung von Angst
	(2.5)	Stille
I:	gibt=es was was ihnen ANGST macht?	3. Reformulierung der Ausgangsfrage, first pair-part, Zugzwang für Frau Korte, zum „pre“ (s.o.) gehörende Frage
	(---)	Pause von Frau Korte, Zugzwang ist aktiv
K:	<<p> NEE;> (.)	Verneinende Antwort, dispräferierter second pair-part
I:	vielleicht auch zusammen mit diesen a´ im zusammenhang mit den ANfällen, was ihnen DA ANGST macht?	Neuansatz mit Frage nach einer konkreten Angst; first pair-part, Zugzwang für Frau Korte
K:	JA/\	bejahende Antwort, präferierter second pair-part
	=dass=ich ir:endwo mh=Umkippe, =un=dann: SCHLAge ich mir dann;	mit einem Beispiel, dadurch aktives Anzeigen ihres Verstehens

Im Anschluss an den voran stehenden kommentierten Gesprächsausschnitt werden Ängste mit konkreten Bezugsobjekten interaktiv benannt und bearbeitet, und zwar zum einen – auf Initiative der Ärztin – die Angst, unabsichtlich im Supermarkt etwas zu stehlen (Frau Korte hatte vorher von derartigen Ereignissen gesprochen), und zum anderen – auf Initiative der Patientin – deren Angst bei unvorhergesehener Abwesenheit ihres Sohnes, der noch bei ihr zu Hause lebt. In beiden Fällen benennt Frau Korte auch die Lösung, die sie zur Vermeidung dieser Ängste gefunden habe (sie geht nur in Begleitung in den Supermarkt; ihr Sohn benachrichtigt sie, wenn er bei seiner Freundin übernachtet). Frau Korte schließt dann mit einer positiven Bewertung des Verhaltens des Sohnes dieses Thema ab („aber=is GANZ lieber JUNGe;= ECHT; (---) <<p> muss i SAgen“).

2.1.3 Thematisierung von Todesangst im Anfall

Nach einer Pause ergreift Frau Korte selbst die Initiative zum Weitersprechen, indem sie mit „un=SONS,“ (mit steigender Intonation gesprochen) den offenbar noch aktiven Zugzwang durch die übergeordnete offene Frage nach weiteren Ängsten reaktiviert. Sie spricht aber nicht weiter, sondern es folgt wiederum eine Pause. Die Ärztin fokussiert daraufhin nach der zuvor erfolgten Besprechung von Ängsten mit einem konkreten Bezugsobjekt mit einer neuen Frage ein besonderes Angstgefühl, nämlich das Angstgefühl *im* Anfall (913–914, s. u.). Mit dieser thematischen Verschiebung initiiert sie eine weitere Phase des Prozesses der Angstthematisierung:

(Korte I, Z. 913–951)

913 I: .HH IS das vielleicht schon mal gewesen dass sie auch ähm (.) in
 914 nem !AN!fall (.) so=n angstgefühl HATten?
 915 (2.2)

916 I: [können sie sich da dran erI]Nnern?
 917 K: [(in ANfall,)]

918 (4.8)
 919 K: <<pp> hm;>
 920 (---)
 921 K: !JA!/\ ((deutliches Kopfnicken))
 922 (1.3)
 923 K: <<p> DAS hab=ich vergessen;>=
 924 =das IS- (1.1)
 925 krieg=ich ANGST,

926 (--) [dass] GLEICH was passIERT,
 927 I: [<<p> m=HM,>]

928 K: musst du RAU:S/\/
 929 weil du STERben kannst a=gleich;=NE,
 930 .hh und dann:=ä:h (1.4) ENTweder muss=ich AUFstehen,
 931 (.) und schnell was NEHmen,
 932 I: m=HM?
 933 K: wenn (da da) (.) so (.) nich VIEL (.) von dem angst is,
 934 .hh u::nd-
 935 oder WEGlaufen;
 936 (.) <<p> aus=em HAUS;>
 937 I: m=HM?

938 I: .h also <<len> sie MERken das geF:ÜH:L von ANG[ST?>]
 939 K: [M]HM\/
 940 I: <<len> und DENken dann (.) ich> (---) könnte STERben;
 941 K: JA;=

942 I: =also=s=is wie TODEs[angst;]
 943 K: [GAN]Z geNAU.

944 I: m=HM?=
 945 K: =den TODEsangst das=is .hh vielleicht das !SCHRECK!lichste
 946 <<dim> was sein kann.>

947 I: das=is das SCHRECKlichste [was SE] IN kann;
 948 K: [mhm/\]
 949 I: m=HM,=
 950 =dieses geFÜHL zu haben;
 951 K: mhm\

Der Frage der Ärztin folgt eine Pause (915), in der Frau Korte vor sich hin blickt und schweigt. Die Ärztin expandiert dann ihren Turn und thematisiert in einer Nachfrage die Erinnerbarkeit der benannten Ängste (916), gleichzeitig reformuliert Frau Korte die Aufgabenstellung durch Wiederaufnahme des von der Interviewerin hervorgehobenen Elements (Anfall, 917). Dadurch verstärkt sie die konditionelle Relevanz und macht das anschließende Schweigen (918) auffällig, zugleich zeigt sie an, dass sie über die Frage nachdenkt.

Es folgt ein leises, leicht fallendes „hm“ von Frau Korte (919), eine erneute Pause (920) und schließlich ein Neuansatz mit einem deutlich betonten „|JA|/\“ (921), begleitet von lebhaftem Kopfnicken. Mit diesem präferierten second pair-part markiert sie sowohl (para-)verbal als auch nonverbal ihr „Erkennen“ des erfragten Gegenstands (Angst in einem Anfall). Nach einer kurzen Pause (1.3, 922) setzt sie zwar leise, aber mit einem betonten „DAS“ neu an und knüpft mit ihrer Antwort an die letzte Frage der Interviewerin nach der Erinnerbarkeit an: „<p> DAS hab=ich vergessen;>“ (923). Damit gibt sie zugleich einen Account für die verspätete Thematisierung des Angstgefühls.

Sie fokussiert dann zunächst etwas Bestimmtes, zu dessen näherer Charakterisierung sie ansetzt: „das IS“ (924), bricht aber sogleich ab und wechselt – nach einer kurzen Pause – zu einer Konstruktion, bei der „ich“ das Subjekt ist: „krieg=ich ANGST, (--) dass GLEICH was pasSIERT“ (925–926). Zum ersten Mal im Gespräch verwendet Frau Korte von sich aus eine solche Konstruktion, in der sie Angst als ihr eigenes Gefühl benennt (bisher hat sie lediglich die Vorschläge der Interviewerin bestätigt). Worauf sich die Angst richtet, wird mit einem „dass“-Satz angeschlossen, bleibt allerdings vage („dass GLEICH was pasSIERT“, 926). Zur Konkretisierung wechselt sie dann in die 2. Person Singular und verbalisiert das Gefühl in Form einer Selbstanrede: „musst du RAU:S/\“ (928), der eine Begründung folgt: „weil du STERben kannst“ (929). Die Äußerung zeichnet sich auf der paraverbalen Ebene durch signifikante Betonungen aus („GLEICH – RAUS – STERben“).

Frau Korte schließt mit leichten Verzögerungen (930) eine Äußerung an, mit der sie Handlungsalternativen in dieser Situation beschreibt („ENTweder“ – „oder“, 930–936). Während sie die erste Möglichkeit in einer komplexen syntaktischen Struktur relativ flüssig darstellt, leitet sie die zweite durch hörbares Einatmen, ein gedehntes „und“ sowie eine Selbstre-

paratur („oder“) (vgl. Schegloff/Jefferson/Sacks 1973: 363f.) ein. Die Struktur ist wesentlich kürzer und einfacher, sie besteht nur aus dem Wort „WEGlaufen“, das mit mittel fallender Intonation gesprochen wird; nach einer Mikropause ergänzt sie mit leiser Stimme: „aus=em HAUS“. Die Produktion dieser komplexen Äußerung wird von der Interviewerin durch Rezeptionssignale an strukturell relevanten Stellen begleitet.

Die Ärztin reformuliert anschließend resümierend Frau Kortes Beschreibung des Angstgefühls (938, 940), was diese wiederum an entsprechenden Punkten ratifiziert (939, 941), und die Ärztin schließt mit einer Reformulierung ab, in der sie das Angstgefühl nunmehr als „Todesangst“ (942) bezeichnet, genauer gesagt: mit Todesangst vergleicht („wie“). Noch bevor sie ihren Redebeitrag beendet hat, bestätigt Frau Korte mit terminaler Überlappung in auffallend lebhafter Sprechweise mit einem betonten „GANZ geNAU“ (943) diese Benennung des von ihr zuvor beschriebenen Gefühls.

Die Interviewerin signalisiert durch ein „m=HM?“ mit steigender Intonation, dass sie den Turn nicht übernimmt, sondern ihn Frau Korte überlässt. Diese schließt unmittelbar an mit einer expliziten, stark betonten Bewertung des Gefühls von Todesangst als „das SCHRECKlichste was SEIN kann“ (945); hierbei ist eine deutliche emotionale Beteiligung zu erkennen (vgl. Drescher 2003). Die Interviewerin reformuliert diese Bewertung, indem sie Frau Kortes Äußerung im Wortlaut und auch mit deren Betonung wieder aufnimmt und ergänzt, was Frau Korte ihrerseits bestätigt (951).

2.1.4 Zwischenfazit

Der analysierte Ausschnitt aus dem ersten Gespräch mit Frau Korte ist ein eindrucksvolles Beispiel für die Schwierigkeit, über eine bestimmte Art von Angst zu sprechen und dadurch das eigene Erleben in ein intersubjektiv geteiltes Wissen zu überführen. Durch ihre Frage nach der Rolle von Ängsten im Leben von Frau Korte (805), mit der die Interviewerin die Angst als Thema ins Gespräch eingeführt hat, kommt es zu einem langen, fast vier Minuten dauernden komplexen Prozess der Themenentwicklung, der in mehreren Schritten schließlich zu einer interaktiven Kategorisierung und Bewertung des Angstgefühls führt (942–951). Dieser Prozess wird gesteuert durch die Fragen der Interviewerin, die immer wieder neue Aspekte von Angst fokussieren und damit immer wieder neue konditionelle Relevanzen setzen. Frau Korte, die im ersten Schritt zu erkennen gibt, dass sie die Frage nicht versteht und dann das Vorhandensein von Angst negiert, antwortet im zweiten Schritt auf Anregung und unter Beteiligung der Interviewerin mit Beispielen für Ängste mit konkreten Bezugsobjekten (Verletzungen bei Anfällen, unabsichtliches Stehlen im Supermarkt, Sorge um den Sohn). Erst

im dritten Schritt wird das Angstgefühl *im* Anfall interaktiv als Thema etabliert und gemeinsam als Todesangst kategorisiert. Auch hier nähert Frau Korte sich der Charakterisierung dieses zuvor „vergessenen“ Gefühls nur schrittweise an: von einer unbestimmten Angst, „dass gleich was passiert“, über eine Art Fluchtreflex („musst du raus“) bis zum Gefühl zu sterben, wobei das „Rausmüssen“ präzisiert wird zu „Weglaufen aus dem Haus“ als Reaktion auf dieses Gefühl. Den Begriff „Todesangst“ äußert zunächst die Interviewerin in ihrer verständnissichernden Reformulierung. Frau Korte macht ihn sich aber sogleich in doppelter Weise zu eigen: durch ihre lebhafteste und betonte Zustimmung und durch die Wiederaufnahme in ihrer nachfolgenden Bewertung.

Somit wird deutlich, dass durch die interaktive Arbeit beider Gesprächspartnerinnen das als „vergessen“ behandelte Wissen von Frau Korte um ihre Gefühle von Todesangst sowohl für Frau Korte selbst wieder Erinnerung und dadurch zugleich auch für die Interviewerin zugänglich gemacht wird.

2.1.5 Zweite narrative Rekonstruktion der Anfallsepisode („Aus-dem-Haus-Laufen“)

An die gemeinsame Bewertung des Gefühls von Todesangst schließt Frau Korte unmittelbar mit einem gedehnten „und“ die Rekonstruktion einer Episode an:

(Korte I, Z. 953–980)

```

953 K:  u:n:d=ä:hm (-) ich hab mein NACHbar gegenüber die türn immer
954      an::(-)geschellt,
955      .h und der war schon auch (-) paar ma in der NACH:TH,
956      (---) dann seitDEM: habe ich (im:/ihm:) (.)
957      da war (.) poliZEI zu hause,
958      .h da warn die ÄRZte,=
959      =haben die mich MITgenommen,
960      (---) un=dann war=ich wieder nachher zu HAUse,=
961      =weil=i WOLLte nich in krankenhaus bleiben,
962      (1.0) u::nd=ä:hm (-) seitDEM hab=ich mein: (--) ein: (--)
963      WOHNungsschlüssel bei dem NACHbarn.=
964      =wenn was pasSIERT dann brauchen de (--) keine RUFen hab=i
965      gesagt, .hh der sollte mir einfach nur AUfmachen,=
966      =un ich lege <<dim> mich HIN.=ne,>
967      (1.7)
968 I:    .hh das war IN nem ANfall;=
969      =dass sie zu dem nachbarn geGANgen sind;
970 K:    NEIN;
971      (--)
972 K:    <<all> aHA/\>=
973      =bei dem ANfall,=JA;=
974      =wenn (de) ich den Todesangst hab;>

```


975 I: m=[HM?]
 976 K: [.hh] da hab=ich da geSCHELLT bei ihn,=
 977 K: [weil ich] dachte wenn ich: irgendwo nicht WEGlaufe,=
 978 I: [m=HM,]
 979 K: =dann gleich bin ich WEG;=ne,
 980 I: m=HM,

Frau Korte präsentiert hier selbstinitiiert die iterative Rekonstruktion („immer“, „paar mal“) einer somit als typisch kategorisierten Anfalls-Episode, die das „Rausmüssen“ (928) und das „WEGlaufen; (.) <<p> aus=em HAUS;>“ (935f.) konkretisiert. Es handelt sich um denselben Typ von Episode, die sie bereits zu Beginn des Gesprächs erzählt hatte. Die inhaltlichen Elemente (in der Nacht aus dem Haus laufen und bei jemand anderem klingeln) sind identisch, werden aber hier detaillierter ausgeführt. Zwar macht Frau Korte zunächst einen Ansatz, unmittelbar zum Ende zu kommen und die Konsequenzen des Ereignisses zu schildern: „dann seitDEM: habe ich (im:/ihm)“ (956), sie bricht aber ab, geht zurück zur erzählten Situation und rekonstruiert diesmal auch Interaktionen mit anderen (Polizei, Ärzte, Nachbarn), bevor sie den Beendigungsansatz mit „u:nd=ä:hm (-) seitDEM hab=ich“ (962) wieder aufnimmt und fortsetzt.

Dieses Verhalten (aus dem Haus laufen usw.) wird nun in der Antwort auf eine Nachfrage der Ärztin (968ff.) ausdrücklich von Frau Korte mit der zuvor thematisierten Todesangst in Verbindung gebracht: „wenn (de) ich den Todesangst hab;“ (974). Als Begründung und Fazit schließt sie eine scheinbar paradoxe Formulierung an: „weil ich dachte wenn ich: irgendwo nicht WEGlaufe, =dann gleich bin ich WEG;=ne,“ (977, 979).

Die in den ersten Minuten des Gesprächs erzählte Episode wird hier – mehr als eine halbe Stunde später – neu gerahmt: In der Anfangsphase des Gesprächs stand sie im Kontext von Fehlleistungen, bedingt durch die sich verschlechternde Krankheit; hier erweist sie sich als ein Ausdruck von Todesangst in einem Anfall. Die erste Version war durch eine reduzierte Erzählstruktur gekennzeichnet; in dieser zweiten Version ist die narrative Rekonstruktion detailreicher und lebhafter: Das Klingeln beim Nachbarn wird verbal *und* durch eine ausgeprägte Armgeste, auch als Zeigegeste zu verstehen, ausgedrückt, ebenso das Deponieren des Wohnungsschlüssels beim Nachbarn. Bei der Antwort auf die Nachfrage der Interviewerin gibt es zunächst ein Missverständnis: Frau Korte verneint die Frage (970), nach einem “change of state marker” spricht sie dann aber doch von ihrer Todesangst im Anfall, wobei sie in auffälliger Weise ihre Sitzhaltung verändert; man könnte meinen, sie inszeniere den Fluchtreflex auch körperlich. Auffällig sind zudem die Betonungen, als sie die Todesangst darstellt (925–936, 977/979) und ihr Empfinden bewertet (945).

In der Fortsetzung des oben zitierten Ausschnitts, in dem es um die Motivation für das Weglaufen geht, findet sich ein weiteres eindrucksvolles Beispiel für die Betonung der Todesangst:

(Korte I, Z. 981–1001.)

981 I: un=da ham sie bei (.) IHM geSCHELLT;=
 982 K: =JA;
 983 I: m=HM,
 984 und was: (1.3) (der hat n) (.)
 985 der HAT dann den ARZT gerufen?
 986 oder was WOLLten sie dann von ihm;

 987 K: <<cresc> he:[::>]
 988 I: [was soll]te er MACHen;

 989 K: IRgendwo (.)
 990 WEIß ich nich was;
 991 (---)
 992 K: vielLEICH wenn`
 993 dass jemand` (.) sieht dass=ich !ST↑ER!be;=

 994 K: =das .hh das heiß [äh wen]n=i UMkippe [dann:] (.) die leute
 995 I: [AH:/\] [m=HM,]

 996 K: wissen be!SCHEID!/\ [nich;] NE,
 997 I: [AH=JA;]

 998 I: sie wollten einfach dass jemand da=is der AUFpassen

 999 ka[nn;]
 1000 K: [J]A;

 1001 I: m=HM,

Hier macht die Interviewerin deutlich, dass sie den subjektiven Sinn des Weglaufens zu verstehen versucht. Bei der Beantwortung ihrer Frage wird Frau Korte im Vergleich zu ihrem bisherigen Verhalten ungewöhnlich lebhaft. Nachdem sie zunächst ihre Motivation, beim Nachbarn zu schellen, als eher unbestimmt oder unbestimmbar darstellt („IRgendwo (.) WEIß ich nich was;“, 989f.), äußert sie nach einer Pause eine mögliche Erklärung: „vielLEICH wenn` dass jemand` (.) sieht dass=ich !ST↑ER!be;“ (992f.). Das Wort „sterben“ wird durch besondere Lautstärke und starke Betonung hervorgehoben. Diese hier eher Alltagssprachlich als besonders lebhaft charakterisierte Sprechweise behält Frau Korte auch bei der sich anschließenden ausführlicheren Reformulierung bei und unterstreicht sie noch durch Handgestik („das .hh das heiß äh wenn=i UMkippe dann: (.) die leute wissen be!SCHEID!/\ nich; NE“, 994, 996).

Im weiteren Verlauf des Gesprächs nimmt das Thema Todesangst eine zentrale Stellung ein. Die Ärztin formuliert mehrmals Nachfragen zum Angstgefühl und zum Weglaufen, und die Todesangst wird interaktiv von beiden Gesprächspartnerinnen intensiv bearbeitet und dadurch immer wei-

ter präzisiert und differenziert. Dabei zeigt sich, wie jeder neue Formuierungsversuch neue Aspekte und damit auch neue Anschlussmöglichkeiten für Erklärungen der Angst mit sich bringt.

Der folgende Ausschnitt ist ein besonders deutliches Beispiel für die interaktive Formuierungsarbeit, die zu einer neuen Interpretation des Aus-dem-Haus-Laufens führt:

(Korte I, Z. 1012–1047)

1012 I: .hh aber DARF=ich noch=mal fragen=
 1013 =wenn dieses geFÜHL kommt,=
 1014 =dann denken sie ich STERbe GLEI:CH\
 1015 K: MH[M\
 1016 I: [oder] ich KÖNnte gleich sterben?=
 1017 I: =[.hhh] Oder ich muss WEGlauf[en;]
 1018 K: =[MHM\
 1019 I: m=HM,=
 1020 K: =JA;
 1021 (-)
 1022 K: meisten muss=ich WEGlaufen,=
 1023 =weil wenn=ich hier noch BLEIbe <<dim> dann=is ENde;>
 1024 (-)
 1025 I: ach !SO! ist das ge[fühl;]=
 1026 K: [m=HM,]=
 1027 I: =wenn ich !H;IER!bleibe muss=ich [sterben;]=
 1028 K: [mhm\
 1029 I: =wenn ich !WEG!laufe? (.)
 1030 K: J[A\
 1031 I: [kann=ich=s] vielleicht [!SCHAF!fen;]=
 1032 K: [JA\
 1033
 1034 K: =dann SIEHT jemand,=
 1035 =u:n:d kann mich !HEL!fen <<p> vielleich.>
 1036 I: ach=!SO!;
 1037 (-)
 1038 I: [sie L]AUfen zu jemand !HIN! im [grunde] genommen;=
 1039 K: [JA;] [JA;]
 1040 I: =[sie SU]chen sich !HIL!fe;=
 1041 K: =[JA;]
 1042 K: =JA;
 1043 I: also=es geht GAR nicht da=darum aus dem BETT auszusteigen,=
 1044 I: =[oder von]=em S[TUHL] aufzu[stehen,]=
 1045 K: =['m'm] [mhm\
 1046
 1047 I: =sondern es geht da=drum zu jemand !HIN!zulaufen;

Die ausführliche Reformulierung der Interviewerin von Frau Kortes Todesangstgefühl löst bei dieser wiederum eine Reformulierung der früheren, scheinbar paradoxen Äußerung (977f.) aus: „meisten muss=ich WEGlaufen,=weil wenn=ich hier noch BLEIbe <<dim dann=is Ende:>“ (1022f.). Mit einem “change-of-state token” (vgl. Heritage 1984) zeigt die Interviewerin an, dass diese Formulierung bei ihr ein neues Verständnis des Aus-dem-Haus-Laufens zur Folge hat, das sie nun als ein *Hin*laufen zu jemandem definiert, was von Frau Korte bestätigt wird (1038, 1047). Die Todesangst äußert sich also als ein Wunsch nach Kontakt und nach Hilfe, in einer späteren Formulierung der Ärztin: „sie LAUfen um die NÄHE von jemand zu SUchen;“ (1202).

Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich – wiederum durch Nachfragen der Ärztin – heraus, dass dieser Wunsch nach Nähe bereits erfüllt ist, wenn Frau Korte beim Nachbarn geklingelt hat. Sie geht dann meistens, ohne zu warten, bis jemand die Tür öffnet, wieder nach Hause. Auf die Frage, wie sie sich das erklärt, sagt sie: „<<p> keine AHnung;> (.) ich hab so: (.) so:- (-) als LEEre im KOPF (werde/wäre) dann;=ne,“ (1313ff.). Auf eine Nachfrage der Interviewerin ergänzt sie zögernd und vage: „(1.5) <<p> (SO=was:);> (2.3) JA;=und=e=und das ANGST vor dem TOD;>“.

Diese interaktive Arbeit an der Definition des Gefühls von Todesangst im Detail nachzuzeichnen, ist in diesem Rahmen nicht möglich und auch nicht notwendig. Vor dem Hintergrund dieses langwierigen interaktiven Prozesses der Angstthematisierung erscheint es jedoch bemerkenswert, dass Frau Korte in der Beendigungsphase des Gesprächs auf die Frage der Interviewerin, was sie sich von der Behandlung in der Klinik wünsche, ohne zu überlegen und ohne zu zögern antwortet: „ja dass: (.) die ÄNGSte <<p> weggehen:>“ (1404). Wenn man an ihre ersten Reaktionen auf die Interviewerfrage nach Ängsten denkt, wird hier noch einmal deutlich, dass sich im Gesprächsprozess entscheidende Veränderungen sowohl hinsichtlich der Thematisierbarkeit als auch der Konstitution von gemeinsamem Wissen und der subjektiven Bewertung der Angst vollzogen haben. Die Todesangst als ein wesentlicher Aspekt von Frau Kortes Anfällen ist nunmehr Bestandteil geteilten Wissens und bildet die Grundlage für das weitere Gespräch über die Erkrankung.

2.2 Zweites Gespräch

2.2.1 Dritte narrative Rekonstruktion der Anfallsepisode („Aus-dem-Haus-Laufen“)

In dem zweiten Gespräch mit Frau Korte, das auf Wunsch der Interviewerin zur Klärung offen gebliebener Fragen zustande kommt, spricht diese Frau Korte erneut auf das Thema Todesangst an:

(Korte II, Z. 160–175)

160 I: <<all> sie ham ja erzählt dass auch manchmal>
 161 diese Todesangst is,
 162 K: ja; (-) ja; das is Todesangs, und DANN (-)laufe ich weg;
 163 K: [(-) und DANN (.)in der NACHT (.)schelle ich so (.) zun=dem
 164 I: [hmhm\/
 165 K: (-)(mi)NACHbarn, [(-).hh und wenn das:(-)zum BEispiel äh
 166 I: [hmhm\/
 167 K: (.) leute SCHLafen in der nacht;
 168 K: [(-)wenn de (.) äh steh AUF,
 169 I: [hmhm\/
 170 K: und mach die Türen auf,
 171 (-) da war ich (---) <<einzeln artikuliert> OFT SCHON WEG;>
 172 (-)
 173 I: hmhm\/
 174 .h da sind SIE schon wieder weg;
 175 K: ja;=

Frau Korte antwortet spontan und schnell und rekonstruiert – diesmal in verallgemeinernder Form (Präsens als Tempus) – das nächtliche Aus-dem-Haus-Laufen und Klingeln beim Nachbarn.

Der im vorherigen Gespräch bereits ausführlich besprochene Umstand, dass Frau Korte in ihrer Todesangst aus dem Haus läuft, bei jemandem klingelt und dann aber nicht wartet, bis ihr die Tür geöffnet wird, wird hier also erneut ausdrücklich und selbstinitiiert von ihr beschrieben. Auffällig an ihrer Darstellung ist die entschiedene und betonte Sprechweise, die sich vor allem durch häufige und starke Betonungen und deutliche Artikulation auszeichnet. Unterstrichen wird dies durch eine lebhafteste Handgestik. Dadurch wird die Bedeutung dieser Episode besonders hervorgehoben.

2.2.2 Angst und Desorientiertheit

Die Interviewerin kommt noch einmal auf die aus ihrer Sicht erklärungsbedürftige Tatsache zurück, dass Frau Korte die Reaktion auf das Klingeln nicht abwartet, sondern vorher wegläuft:

(Korte II, Z. 176–225)

176 I: .hh das war AUCH was was ich sie gerne nochma FRAGEN
 177 wollte,
 178 =wei:l (-) .h ähm: (1.7) .h mir erscheint das nich LOGisch;
 179 dass sie dann schon wieder WEG sind,
 180 I: ja=wenn er die [TÜR aufmacht;=
 181 K: [hmhm\/
 182 I: ich mein (.) ich verSTEH dieses <<all> gefühl sie ham Todes
 183 angst,>
 184 sie gehn zu jemand zu HILfe,
 185 I: (.)<p, all> ja>=sie WAR[ten aber nich bis er die TÜR aumacht,
 186 K: [hmhm\/
 187 I: .hh sondern sie gehen VORher wieder WEG
 188 I: und sie ham ja mir auch gesagt .hh sie sind dann schon[in DEM
 189 K: [ja:
 190 I: moment beRUhicht,
 191 (.) wo sie geSCHELLT habm;
 192 (.)
 193 K: ja;
 194 I: .hh
 195 (--)
 196 K: und (.) i dachte der steht nich AUF,
 197 (--) u:nd=äh weil ich angs hatte dass ich (.) äh ihn dann (.) in
 198 der nacht ANru' äh ANschelle,
 199 der hat sich dran geWÖ:'=WÖHNT,
 200 .hh weil die (.) schreckliche ANGS hatte ich,
 201 .hh u:nd wenn ich dann VOR die TÜRN (.) war,
 202 .h und STAND,
 203 bevor ich (.) AUFgestiegn or=er AUFgestiegen (.) war,
 204 meine wohnung gegenüber .h war AUF,
 205 und dann (--) hab i erstmal die wohnung (.) geSEhen,
 206 und dann BISSchen WEniger de (.) de:n Todesangs war,
 207 .hh und (-) bin ich dann (---) in FLUR,
 208 mir auf den BODen am meisten gesetz,
 209 h und dann (.) angekuck ersmal wo ich BIN;
 210 (---) und dann=s hat geDAUert,
 211 .h (1.2) i WEIß nich;
 212 am meistens (.) fast (.) sowie ich (---)verMUTE,
 213 (-) halbe stunde
 214 i=w wa:r (-) in WOHN zimmer,
 215 ich war HIER,
 216 .h Aber de angs hat mir (-) schon geLAssen;
 217 nur ich b=bin (.) total desorientTIERT war ich;
 218 (.)

- 219 K: [.hh i WUSSte nich- (.) ja-
 220 I: [hmhm\ / (.) sie sind dann HINterher auch noch DESorientiert;
 221 I: .hh [das heißt die [angst lässt NACH,
 222 K: [ja; (---) [toTAL;
 223 I: .h aber sie verstehn gar nich was mit ihnen IS;
 224 I: (-) in DEM mo[ment; (-) hmhm\ / .hh
 225 K: [<p> nee;>

Die Interviewerin kündigt hier in Form eines „Pre“ ausdrücklich eine Frage an, die sie allerdings anschließend nicht explizit als Frage formuliert, sondern als Bewertung eines Sachverhalts, den sie vorab als „nich LOGisch“ qualifiziert und dann in seinen zentralen Elementen rekonstruiert (179–191).

Daraufhin erzählt Frau Korte erneut diese Episode, aber diesmal rekonstruiert sie offensichtlich eine konkrete Einzelepisode (196–211), die dann jedoch in eine typische Situation übergeht („meistens“, 212) und mit einer verallgemeinernden Äußerung im Präsens endet: „nur ich b=bin (.) total DESorientiert“ (217); allerdings wechselt Frau Korte anschließend in Form einer Selbstreparatur wieder zurück ins Erzähltempus (Imperfekt: „war ich“, 217). Die Interviewerin formuliert dann ein abschließendes Fazit, das von Frau Korte bestätigt wird (221–225).

Ein Aspekt, den Frau Korte bei der Erzählung der Episode des Aus-dem-Haus-Laufens bereits zu Beginn des ersten Gesprächs zur Sprache brachte, wird in diesem zweiten Gespräch interaktiv besonders deutlich herausgearbeitet: ihre Desorientiertheit.

Dafür findet sich ein Beispiel in dem zuletzt zitierten Ausschnitt: Frau Korte beschreibt das Nachlassen der Todesangst (206), stellt die Desorientiertheit dann zunächst unter Rekurs auf sprachliche und körperliche Ressourcen dar (208f.), erwähnt erneut das Nachlassen der Angst, die sie hier personifiziert (216), und benennt dann ihren Zustand als „total desorientiert“ (217). Sie setzt anschließend zu einer Konkretisierung oder näheren Beschreibung an: „.hh i WUSSte nich-“ (219), bricht aber ab, da gleichzeitig die Ärztin den Turn mit einer verständnissichernden Reformulierung beansprucht (220), mit der sie Angst und Desorientiertheit noch einmal voneinander unterscheidet.

Im weiteren Gesprächsverlauf wird das Phänomen der Desorientiertheit und des Kontrollverlusts jeweils im Zusammenhang mit dem Weglaufen noch mehrfach wieder aufgenommen und mit großer Eindringlichkeit dargestellt (Betonungen, Gesten, Detaillierungen, Konkretisierungen, Reformulierungen). Die Interviewerin geht durch Nachfragen und Reformulierungen sehr intensiv auf diesen Aspekt ein, und der Zusammenhang zwischen Todesangst, Weglaufen und Desorientiertheit wird in vielfältigen Formen interaktiv als Kern des Anfallsgeschehens etabliert. Damit ist das

geteilte krankheitsbezogene Wissen der Gesprächspartnerinnen um einen neuen Aspekt ergänzt worden.

3 Auswertung der Transkriptanalyse

Die Analyse der drei ausgewählten Ausschnitte zeigt, wie der Interaktionsprozess und die Interaktionsgeschichte im Laufe der Zeit neue und andere Voraussetzungen für die Rekonstruktion ein und derselben Episode schafft und unterschiedliche Rahmungen für deren Interpretation bereitstellt. Geht man zum jetzigen Zeitpunkt der Analyse-Arbeit noch einmal zurück zur ersten Version der Episode am Beginn des ersten Gesprächs, so erkennt man unschwer, dass die zentralen Elemente – das Aus-dem-Haus-Laufen zu jemandem hin und die Desorientiertheit – dort bereits vorhanden sind und auch schon ansatzweise hervorgehoben werden, allerdings mit sehr reduzierten Mitteln. Das Aus-dem-Haus-Laufen wird eher unmotiviert und ohne auffällige Hervorhebungen mehr oder weniger beiläufig erzählt; es wird konversationell nicht bearbeitet, denn auch die Interviewerin verleiht ihm durch ihr Gesprächsverhalten keine besondere Bedeutung. Erst im Laufe des Gesprächs und dann verstärkt im zweiten Gespräch wird die Episode konkreter und detailreicher bearbeitet. Um das Gefühl von Todesangst, von dem Frau Korte sagt, dies sei „das schrecklichste was sein kann“, benennen zu können, bedarf es längerer Zeit und intensiver interaktiver Arbeit. Dagegen wird die Thematisierung von Ängsten, die sich auf ein konkretes Bezugsobjekt richten (Verletzung im Anfall, unabsichtliches Stehlen im Supermarkt usw.), als wesentlich einfacher dargestellt. Das Sprechen über diese konkreten Ängste erscheint hier als Vorstufe oder als Vorbereitung, bevor die Todesangst zur Sprache gebracht wird.⁶ „Normale“ Ängste lassen sich überwinden: Frau Korte entwickelt dafür Lösungen, die sie auch erläutert (sie nimmt jemanden zum Einkaufen mit; ihr Sohn muss sich abmelden, wenn er nicht nach Hause kommt; sie besorgt sich ein Bügeleisen, das sich selbst ausschaltet usw.). Für die Todesangst gilt das nicht. Die Todesangst am Beginn eines epileptischen Anfalls ist, wie auch andere Analysen von Gesprächen mit EpilepsiepatientInnen gezeigt haben, eine ganz andere Angst; sie ist schwer zu beschreiben, wird von den PatientInnen selbst oft als „unbeschreibbar“ dargestellt (vgl. Gülich/Furchner 2002; Gülich 2005; Gülich/Couper-Kuhlen 2007).

Im vorliegenden Gespräch wird das nur Angedeutete im Interaktionsprozess durch konversationelle Arbeit beider Beteiligten, durch eine Intensi-

6 Zur Darstellung unterschiedlicher Thematisierbarkeit von Angstformen siehe ausführlich Lindemann (2009: 43–95).

vierung der verbalen, stimmlichen und körperlichen Darstellungsmittel bei Frau Korte einerseits und das konversationelle Engagement der Ärztin andererseits allmählich ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Die Todesangst als ein zentrales Element von Frau Kortes Anfallserleben wird zur Sprache gebracht und durch das mehrfache Erzählen, Kommentieren und Interpretieren eines speziellen Anfallssymptoms, dem Aus-dem-Haus-Laufen, immer weiter ausdifferenziert.

Die vorstehende Analyse ist – wie einleitend erwähnt – in einem interdisziplinären Forschungszusammenhang entstanden. Das Interesse, das sich mit der Rekonstruktion eines Prozesses interaktiver Wissensgenerierung verbindet, ist daher auch auf die medizinische, genauer gesagt: epileptologische Relevanz dieses Wissens gerichtet. Betrachtet man Transkripte als Hologramme, so wird deutlich, dass auf diese Weise klinisch relevante Details beobachtet werden können, die sowohl im herkömmlichen Klinikalltag als auch in der klinischen Forschung für gewöhnlich überhört und übersehen werden (s. auch Koerfer et al. i. d. Bd.). Darüber hinaus können konversationelle Muster beim Sprechen über Erkrankungen identifiziert und für Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden, die sich als pathognomisch für unterschiedliche klinische Syndrome erweisen könnten. Nicht zuletzt können Aspekte der intra- und interpsychischen Regulation, die in der Online-Situation klinischer Gespräche aufgrund ihrer Flüchtigkeit und Subtilität nicht selten übersehen werden, durch die Transkription und Analyse der Gespräche erkannt werden. Unter der Voraussetzung, dass die subjektiven Krankheitserfahrungen und das subjektive Expertenwissen der PatientInnen über ihre eigene Erkrankung ernst genommen und relevant gesetzt wird, können sich dann im Gespräch Prozesse der Wissensgenerierung entwickeln, die für die Diagnosestellung fruchtbar gemacht werden können.

Anhand der Gespräche mit Frau Korte lassen sich einige Voraussetzungen für die Nutzbarmachung des im Rahmen eines früheren Forschungsprojekts entwickelten Leitfadens für klinische Gespräche beobachten⁷. Zunächst einmal ist dies die Aufgeschlossenheit des/der Interviewenden und die Bereitschaft, das Gespräch mit einer offenen Eingangsfrage zu beginnen, die dem Patienten einen weiten Raum für eigene Relevanzsetzungen eröffnet. Im Zusammenhang damit steht die Bereitschaft, im Sinne einer „negative ability“ eigene Wünsche nach klinischer Präzision den sich entfaltenden Darstellungen der Patienten nachzuordnen. Darüber hinaus sollte der Interviewende ein Interesse daran haben, die Kohärenz dieser Darstellungen in der Interaktion mit zu entwickeln und zu verstärken.

7 Siehe oben, Anmerkung 2. Der Leitfaden ist unter der dort angegebenen Internetadresse zugänglich; er ist u.a. auch abgedruckt in Surmann (2005: Anhang II).

Die Ärztin gibt im Verlauf der beiden Gespräche mit Frau Korte ein starkes Interesse an der neurologischen Differenzierung der hochspezifischen und besonderen Symptomatik der Patientin zu erkennen. Gleichzeitig zeichnet sich ihr Interaktionsverhalten durch ein hohes Maß an Zurückhaltung sowie die Fähigkeit zu empathischen und integrativen (kohärenzschaffenden) Interventionen aus. Dank dieser Qualitäten des Interaktionsverhaltens lässt sich eine deutliche psychische Entwicklung zwischen den beiden Gesprächen beobachten:

Die erste Version der Episode des Aus-dem-Haus-Laufens zeichnete sich durch ein hohes Maß an Affektisolierung und projektiver Identifikation von Konfusion und Desorientierung aus. In der Darstellung der zweiten und dritten Version dieser Episode ist zu beobachten, wie durch die empathische Interaktionsweise der Interviewerin sowie die Zusammenarbeit zwischen ihr und der Patientin die zentrale Rolle des Angsterlebens sowie dessen widersprüchliche Komponenten von den Gesprächsteilnehmerinnen in einem schrittweise voranschreitenden Prozess der Integration und der gemeinsamen Wissenskonstruktion erkannt werden.

Nimmt man Einsicht in die Krankenakte von Frau Korte, so findet man in Arztbriefen, Anamneseprotokollen und Anfallsbeschreibungen (sowohl von Frau Korte selbst als auch von Außenstehenden – zumeist Pflegepersonal – aufgezeichnet) Hinweise auf ihre epileptischen Auren (Vorgefühle), die mit Todesangst einhergehen. Gelegentlich werden auch ihre „Fugues“ erwähnt: dass sie aus dem Haus läuft und sich an Orten wieder findet, ohne zu wissen, wie sie dorthin gekommen ist. Es wird aber an keiner Stelle eine Verbindung zwischen der Todesangst und den „Fugues“ hergestellt. Dass eine solche besteht, dass Frau Korte in dieser Todesangst aus dem Haus läuft und dann vollkommen desorientiert ist, wird erst durch die Transkriptanalyse deutlich, ganz zu schweigen von den vielen Facetten dieser „Fugues“, die durch das mehrfache Erzählen der Episoden zur Sprache kommen.

Als Konsequenz ergibt sich daraus, dass unsere nosologischen Systeme auf einem Wissen um Symptome basieren sollten, das nicht allein durch ärztliches Fragen gewonnen wird, sondern durch die Berücksichtigung von Transkriptanalysen offen geführter klinischer Interviews. Die Untersuchung solcher Transkripte stellt einen wichtigen Ausgangspunkt für die Entwicklung syndromspezifischer therapeutischer Interventionen und diagnostischer Explorationen dar⁸. In dieser Hinsicht besteht keine fundamentale Trennung zwischen diagnostischem und therapeutischem Handeln.

8 Eine ausführliche Analyse, die Einblick in die Ergebnisse des Forschungsprojekts insgesamt und insbesondere in die diagnostische Nutzung metaphorischer Konzepte gibt, hat Surmann (2005) vorgelegt; dazu weiterhin Gülich/Schöndienst (1999); Schöndienst

4 Literatur

- Capps, Lisa / Ochs, Elinor (1995): *Constructing panic: The discourse of agoraphobia*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Drescher, Martina (2003): *Sprachliche Affektivität. Darstellung emotionaler Beteiligung am Beispiel von Gesprächen aus dem Französischen*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Gülich, Elisabeth (2002): Reformulierungen. In: Kolboom, Ingo / Kotschi, Thomas / Reichel, Edward (Hrsg.): *Handbuch Französisch: Sprache, Literatur, Kultur, Gesellschaft; für Studium, Lehre, Praxis*. Berlin: Erich Schmidt, 350–356.
- Gülich, Elisabeth (2005): Krankheitserzählungen. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 73–89.
- Gülich, Elisabeth / Schöndienst, Martin (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 1 (3), 199–227.
- Gülich, Elisabeth / Furchner, Ingrid (2002): Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: Keim, Inken / Schütte, Wilfried (Hrsg.): *Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag*. Tübingen: Narr, 161–186.
- Gülich, Elisabeth / Couper-Kuhlen, Elizabeth (2007): Zur Entwicklung einer Differenzierung von Angstformen im Interaktionsverlauf: Verfahren der szenischen Darstellung. In: Schmitt, Reinhold (Hrsg.): *Koordination. Analysen zur multimodalen Interaktion*. Tübingen: Narr, 293–338.
- Gülich, Elisabeth / Knerich, Heike / Lindemann, Katrin (2009): Rekonstruktion und (Re-) Interpretation in Krankheitserzählungen. Ein Beitrag aus der linguistischen Gesprächsforschung. In: *Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung* 23 (2), 110–119.
- Günthner, Susanne (2005): *Narrative reconstruction of past experiences. Adjustments and modifications in the process of recontextualizing a*

(2000, 2002). Zu entsprechenden Untersuchungen an Gesprächen mit englischen Patienten vgl. z.B. Schwabe et al. (2007).

- past experience. In: Quasthoff, Uta M. / Becker, Tabea (Hrsg.): *Narrative interaction*. Amsterdam: Benjamins, 285–301.
- Heritage, John (1984): A change-of-state token and aspects of its sequential placement. In: Atkinson, John M. / Heritage, John (Hrsg.): *Structures of social action*. Cambridge: Cambridge University Press, 299–345.
- Kordt, Martin (Hrsg.) (2005): *DAK Gesundheitsreport 2005*. Hamburg: DAK Versorgungsmanagement.
- Lindemann, Katrin (2009): *Angst im Gespräch. Eine gesprächsanalytische Studie zur kommunikativen Darstellung von Angst*. Universität Bielefeld: unveröffentlichte Dissertation.
- Lucius-Hoene, Gabriele / Deppermann, Arnulf (2004): *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schegloff, Emanuel A. (1980): Preliminaries to Preliminaries: 'Can I Ask You A Question?' In: *Sociological Inquiry* 50, 104–152.
- Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail / Sacks, Harvey (1977): The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. In: *Language* 53 (2), 361–382.
- Schöndienst, Martin (2000): Konversationsanalytische Zugänge zu Gesprächen über Anfälle. In: Jacobi, Rainer-M. E. / Claussen, Peter C. / Wolf, Peter (Hrsg.): *Die Wahrheit der Begegnung. Anthropologische Perspektiven der Neurologie. Festschrift für Dieter Janz*. Würzburg: Königshausen und Neumann, 73–84.
- Schöndienst, Martin (2002): Von einer sprachtheoretischen Idee zu einer klinischen Methode. Einleitende Überlegungen. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 4 (4), 253–269.
- Schwabe, Meike / Howell, Stephen J. / Reuber, Markus (2007): Differential diagnosis of seizure disorders: a conversation analytic approach. In: *Social Science and Medicine* 65, 712–724.
- Selting, Margret et al. (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). In: *Linguistische Berichte* 173, 91–122.
- Surmann, Volker (2005): *Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen*. Würzburg: Königshausen und Neumann.